



HCHS/SOL Health Care Use_Spanish

ID NUMBER:								
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: HCS
VERSION: B 9/01/10

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

1. En los últimos 12 meses, ¿dónde recibió usted la mayor parte de su atención médica?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| En los Estados Unidos | 1 | ☐ |
| En mi país de origen (si no es los EEUU) | 2 | ☐ |
| En otro país | 3 | ☐ |
| No recibí ninguna atención médica en los últimos 12 meses | 4 | ☐ |
| Rehusó | 5 | ☐ |

2. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que necesitó atención médica pero no pudo obtenerla?

- | | | | | |
|---------|---|--------------------------|---|-------------------------|
| No | 0 | ☐ | → | GO TO QUESTION 5 |
| Sí | 1 | ☐ | | |
| Rehusó | 2 | ☐ | → | GO TO QUESTION 5 |
| No sabe | 9 | ☐ | → | GO TO QUESTION 5 |

3. En los últimos 12 meses, ¿por qué razón o razones no recibió usted atención médica cuando la necesitó?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. No pudo comunicarse por teléfono con el consultorio médico | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. No pudo obtener una cita lo suficientemente rápido | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Cuando llegó al consultorio médico, tuvo que esperar demasiado para ver al doctor | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. La clínica/el consultorio médico no estaba abierto(a) cuando usted podía ir | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. No tenía medios de transporte | 0 ☐ | 1 ☐ |
| f. No tenía acceso a un intérprete | 0 ☐ | 1 ☐ |
| g. No podía tomar tiempo libre de su trabajo | 0 ☐ | 1 ☐ |
| h. Estaba preocupado(a) de que hubiera alguna consecuencia legal | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i. Estaba cuidando a alguien y no podía dejarlo solo(a) | 0 ☐ | 1 ☐ |
| j. No podía pagarlo | 0 ☐ | 1 ☐ |

IF YES TO 3j →

4. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó usted algo de lo siguiente, pero no lo obtuvo porque no podía pagarlo?

- | | No | Sí |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Medicamentos con receta médica | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. Ir a ver a un doctor | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Cuidado o consulta de salud mental | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. Cuidado dental | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. Anteojos | 0 ☐ | 1 ☐ |

ID NUMBER:								FORM CODE: HCS VERSION: B 9/01/10	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio usted a un doctor u otro profesional de salud para recibir atención médica?

Número de veces

IF RESPONSE TO QUESTION 5 IS ZERO → GO TO QUESTION 9

6. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal del consultorio médico o de una clínica...

	Nunca	Algunas veces	Usualmente	Siempre
a. lo(a) trató con cortesía y respeto?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. lo(a) ayudaron tanto como usted pensó deberían ayudarlo(a)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

7. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados de salud...

	Nunca	Algunas veces	Usualmente	Siempre
a. le escucharon con atención?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. le explicaron las cosas de manera que usted pudiera entender?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. demostraron respeto a lo que usted tenía que decir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. le dedicaron tiempo suficiente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

8. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le fue difícil hablar con un doctor o entender a un doctor o a otros profesionales de salud porque ustedes hablaban en idiomas diferentes?

Nunca	1 ☐
Algunas veces	2 ☐
Usualmente	3 ☐
Siempre	4 ☐

9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un curandero, santero, espiritista u otro servicio de medicina tradicional para tratar cualquier problema de salud emocional o física?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
Rehusó	2 ☐
No sabe	9 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: HCS VERSION: B 9/01/10	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

10. Las próximas preguntas son sobre seguro médico.

- a. ¿Tiene usted seguro médico o cobertura de salud médica?
- No 0 ☐ **IF NO GO TO Q 11**
- Sí 1 ☐

- ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted en la actualidad?
- b. Cobertura ofrecida a través de su empleador anterior o actual o un sindicato (sin incluir cobertura militar) No ☐ Sí ☐
- c. Cobertura a través de un plan individual 0 ☐ 1 ☐
- d. Cobertura a través de Medicaid 0 ☐ 1 ☐
- e. Cobertura a través de Medicare 0 ☐ 1 ☐
- f. Cobertura ofrecida a través del personal militar (por ejemplo, CHAMPUS o Tri-Care) 0 ☐ 1 ☐
- g. Cobertura a través de los servicios de salud para indios americanos 0 ☐ 1 ☐
- h. Otro 0 ☐ 1 ☐
- i. Rehusó 0 ☐ 1 ☐
- j. No sabe 0 ☐ 1 ☐

IF PARTICIPANTS REPORTS HAVING HEALTH INSURANCE COVERAGE → END QUESTIONNAIRE

11. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usted tuvo seguro médico?

- 6 meses o menos 1 ☐
- Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año 2 ☐
- Hace más de un año, pero no más de 3 años 3 ☐
- Más de 3 años 4 ☐
- Nunca ha tenido seguro 5 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

12. ¿Cuál de las siguientes razones hicieron que usted dejara de tener seguro médico?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Alguien en la familia con seguro médico perdió el empleo o cambió de empleador | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. Se divorció o separó/muerte del (la) esposo(a) o padre/madre | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Perdió el derecho a tener seguro médico debido a la edad/dejó la escuela | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. El empleador no ofrece cobertura o usted no reúne los requisitos para obtener cobertura | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. El precio es muy alto; la compañía de seguros se rehúsa a dar cobertura | 0 ☐ | 1 ☐ |
| f. Cobertura de Medicaid/plan médico terminó después del embarazo | 0 ☐ | 1 ☐ |
| g. Perdió cobertura de Medicaid/plan médico porque tiene un nuevo empleo o aumentaron sus ingresos | 0 ☐ | 1 ☐ |
| h. Perdió cobertura de Medicaid (por otra razón no mencionada anteriormente) | 0 ☐ | 1 ☐ |
| i. Otra | 0 ☐ | 1 ☐ |
| <i>Si es otra razón, por favor, especifique: _____</i> | | |
| j. Rehusó | 0 ☐ | 1 ☐ |
| k. No sabe | 0 ☐ | 1 ☐ |